

Ніколаєнко С. М. Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування / С. М. Ніколаєнко // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. – 2001. – № 503. – С. 64–67.

ОСОБЛИВОСТІ ОBOB'ЯЗКОВОГО ТА ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

*Ніколаєнко С. М., аспірант Європейського університету фінансів,
інформаційних систем, менеджменту та бізнесу*

Пошук шляхів подолання двох основних проблем системи охорони здоров'я України – недостатності фінансових коштів і низької якості медичного забезпечення – спонукає до переходу на систему страхування здоров'я людей, яка з успіхом застосовується в більшості економічно розвинутих країнах світу. В Україні передбачається застосування світового досвіду функціонування системи охорони здоров'я – це добровільне і обов'язкове медичне страхування, що гарантуватиме громадянам їхнє конституційне право на отримання медичної допомоги та фінансування профілактичних заходів.

Під медичним страхуванням розуміють страхування, об'єктом якого є страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку. Медичне страхування передбачає гарантоване отримання медичної допомоги застрахованому при виникненні захворювання за рахунок страхових внесків, що стягуються. Обсяги і види медичних послуг, за якими здійснюється оплата, обумовлені в угоді страхування і в страховому медичному полісі. Суб'єктами медичного страхування в Україні, як правило, виступатимуть громадяни-страхувальники, страхові медичні організації (СМО) та медичні заклади.

Медичне страхування може бути обов'язковим і добровільним. Принцип обов'язкового медичного страхування діє у Франції, Канаді, ФРН, Нідерландах, Швеції, Бельгії та інших країнах. В Ізраїлі і Швейцарії переважає добровільне страхування здоров'я, а обов'язкове державне страхування існує лише для військовослужбовців і поліцейських. Обов'язкова форма використовується, як

правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я, а добровільна – у тих країнах, де поширені приватні страхові програми. [1].

Обов'язкове державне страхування регламентується законодавством щодо сфери його поширення, механізму визначення страхової суми, правил надходження та способів використання страхових фондів. При обов'язковому медичному страхуванні (ОМС) передбачається укладання певних угод, які встановлюватимуть відповідні взаємовідносини між суб'єктами ОМС, а саме:

- угода про фінансування між страхувальником, територіальним фондом ОМС і СМО на користь громадянина для оплати медичної допомоги в рамках територіальної програми ОМС, де в ролі страхувальника виступатимуть для працюючого населення роботодавці, а для працівників бюджетної сфери і не працюючого населення – місцевий бюджет;

- угода між страховою медичною організацією і медичними закладами про оплату медичних послуг у межах ОМС.

Громадянину в такому разі видаватиметься страховий поліс, який дасть право на отримання медичної послуги, яка входить до програми ОМС, у будь-якому лікувально-профілактичному закладі, що працюватиме в системі ОМС.

Основу надходження коштів до страхових фондів становлять страхові внески тих, хто працює. Другим за величиною джерелом фінансування ОМС є бюджети різних рівнів. Третє за величиною джерело – прибуток від вкладення тимчасово вільних коштів у цінні папери і на банківські депозити.

Існують певні принципи медичного страхування, які тією чи іншою мірою прийняла більшість європейських країн. Одним з головних принципів обов'язкового медичного страхування є соціальна солідарність та субсидіарність, тобто розподіл ризиків визначених груп населення на все населення. Ще один принцип – це доступність: обслуговування повинне бути доступним широким верствам населення без жодних фінансових перешкод. Варто згадати й про принцип некомерційного регулювання медичного страхування, який базується на тому, що його здійснення і прибуток – це несумісні речі. Прибуток від проведення обов'язкового медичного страхування не

може бути засобом збагачення, а є джерелом поповнення фінансових резервів системи такого страхування. Останній принцип – це адекватна компенсація: медичний персонал має отримувати гонорар, адекватний наданим медичним послугам. [2].

В Україні ще не прийнято закону про обов'язкове медичне страхування, хоча в Законі „Про страхування” воно назване першим у переліку обов'язкових видів страхування. Очікується, що цей вид страхування в Україні набуде ознак соціального страхування і ґрунтуватиметься на принципі „багатий платить за бідного, здоровий за хворого”. Як обов'язкове медичне страхування в Україні проводиться:

- страхування на випадок екстреної допомоги іноземним громадянам, які тимчасово знаходяться на території України;
- страхування медичних видатків осіб, які виїжджають за кордон.

Відразу необхідно зазначити, що від створення державної системи медичного страхування монопольного типу, що фактично відображено у вже прийнятих законодавчих актах та їх проектах, необхідно відмовитися, оскільки воно не призведе до підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні. Це зумовлено дією таких факторів:

- за наявної територіальної структури розміщення лікувальних закладів із введенням державної системи медичного страхування ринок медичних послуг буде фактично монополізованим; те ж відбудеться і з ринком страхових послуг при формуванні страхового контингенту за територіальною ознакою, що не сприятиме підвищенню якості медичних послуг;
- введення обов'язкових внесків на медичне страхування збільшить податкове навантаження на економіку, що й так на сьогодні доволі високе;
- виникнуть значні труднощі з передачею на фінансування в рамках системи медичного страхування багатьох програм та лікувальних закладів;
- різко зростуть витрати на управління системою охорони здоров'я; навіть у країнах з розвинутою ринковою економікою за умов добре відпрацьованої конкурентної системи витрат на адміністрування системи медичного страхування в середньому складають 12% від суми внесків. [3].

Тому створення державного медичного страхування монопольного типу призведе лише до збільшення суспільних витрат на охорону здоров'я без підвищення якості медичного обслуговування населення. Необхідно створити умови для переходу до конкурентної системи медичного страхування. Застрахованій особі варто надати можливість обирати свою страхову схему серед кількох альтернативних – державних і приватних – схем медичного страхування.

Розглянемо далі добровільне медичне страхування. Найбільшого розвитку добровільне медичне страхування на комерційній основі досягло в країнах з ліберальною ринковою економікою. Добровільне медичне страхування розглядається як додаткове при наявності в країні обов'язкового медичного страхування, або як самостійне.

Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним і колективним. При індивідуальному страхуванні страхувальниками, як правило, виступають окремі громадяни, які уклали договір із страховиком про страхування себе або третьої особи (дітей, батьків, родичів) за рахунок власних грошових засобів. При колективному страхуванні страхувальником, як правило, є підприємство, організація, установа, яка укладає договір із страховиком про страхування своїх працівників або інших фізичних осіб (членів сімей працівників, пенсіонерів тощо) за рахунок їхніх грошових засобів.

Страхові організації укладають угоди з профілактично-лікувальними закладами (незалежно від форм власності) про надання ними медичної допомоги застрахованим за певну плату, яку зобов'язується гарантувати страховик. При добровільному медичному страхуванні укладаються два види угод:

- 1) між страхувальником і СМО на користь громадянина (якщо страхувальник – юридична особа, то на користь працівника цього підприємства, родича працівника);

- 2) між СМО і медичними закладами, в які при наявності страхового випадку має право звернутися громадянин.

Документом для отримання медичної послуги, вказаної в угоді, є страховий поліс, який видається громадянину страховою медичною організацією. Страховий поліс з добровільного медичного страхування обумовлює обсяг надання медичних послуг, можливість вибору умов отримання медичної допомоги тощо. При цьому страхувальник відповідно до угоди добровільного медичного страхування перераховує кошти в страхову медичну організацію, яка в свою чергу при наявності страхового випадку виплачує медичному закладу вартість наданої медичної послуги згідно з рахунком.

Таким чином, при добровільному медичному страхуванні наявне одне джерело фінансування медичної допомоги – кошти страхувальника, а як додаткове джерело розглядається прибуток від вкладення тимчасово вільних коштів на рахунках страхових медичних організацій у цінні папери, на банківські депозити, інвестиції тощо.

Програми добровільного медичного страхування розширюють можливості і поліпшують умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги. Тарифи на медичні та інші послуги з добровільного медичного страхування встановлюються за згодою страховика і медичної установи, що обслуговує застрахованих. Розміри страхових внесків встановлюються на договірній основі страховика і страхувальника з урахуванням оцінки вірогідності захворювання страхувальника у зв'язку з віком, професією, станом здоров'я тощо.

Детальна характеристика обов'язкового та добровільного медичного страхування представлена в таблиці 1.

Досвід зарубіжних країн показує, що добровільне медичне страхування має не лише багато позитивних якостей, а й певні недоліки, а саме: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового становища роботодавця.

Таблиця 1. Особливості обов'язкового та добровільного медичного страхування

№ п/п	Обов'язкове медичне страхування	Добровільне медичне страхування
1.	Некомерційне	Комерційне
2.	Один з видів соціального страхування	Один з видів індивідуального страхування
3.	Загальне чи масове	Індивідуальне чи колективне
4.	Регламентується Законом „Про медичне страхування громадян країни” (проект)	Регламентується Законом України „Про страхування”
5.	Здійснюється державними страховими організаціями чи організаціями, які контролюються державою	Здійснюється страховими організаціями різних форм власності
6.	Правила страхування визначаються державою	Правила страхування визначаються страховими організаціями
7.	Страховальники – держава (органи місцевої виконавчої влади) та працююче населення	Страховальники – юридичні та фізичні особи
8.	Охоплює практично все населення	Охоплює всіх бажаючих
9.	Джерела фінансування – внески державного бюджету, працевластців і працюючого населення	Джерела фінансування – особисті доходи громадян, прибуток працевластців (юридичних осіб)
10.	Грошові кошти акумулюються в територіальних фондах	Грошові кошти акумулюються страховими компаніями
11.	Програма (гарантований мінімум медичних послуг) затверджується органами влади різних рівнів	Програма визначається договором страховика та страховальника
12.	Тарифи на страхування встановлюються за єдиною, затвердженою державою методикою	Тарифи на страхування встановлюються відповідно до угоди страховика та страховальника
13.	Надходження коштів до страхового фонду характеризуються стабільністю	Надходження коштів залежить від кількості клієнтів
14.	Охоплює не всі ризики	Охоплює більше ризиків
15.	Система контролю за якістю медичних послуг визначається державними органами	Система контролю за якістю медичних послуг встановлюється угодою суб'єктів страхування
16.	Прибутки використовуються тільки для основної діяльності медичного страхування	Прибутки використовуються для будь-якої комерційної чи некомерційної діяльності

В Україні згідно з Декретом Кабінету Міністрів “Про страхування” № 4793 від 10 травня 1993 року та Законом “Про страхування” від 7 березня 1996 року запроваджено добровільне медичне страхування. Зараз медичним страхуванням в Україні займаються близько сорока страхових компаній та не чисельні, так звані, лікарняні каси у вигляді благодійних фондів. Головною проблемою діяльності цих організацій є недовіра людей до страхування та думка: “А якщо я не захворію, то пропадуть мої гроші”.

Сьогодні ми живемо в період переходу від безплатної медицини до медицини страхової. Більшість громадян ще сподівається на одержання безплатного лікування і разом з тим починає дедалі частіше платити за лікування. Звичайним явищем стало для всіх придбання за власний рахунок медикаментів, оплата діагностики та лікування в недержавних комерційних лікарських закладах. Тому сьогодні страхові компанії пропонують страхувати саме ці, вимушено визнані більшістю громадян платними, витрати.

Використана література

1. Осадець С.С. Страхування. – К., КНЕУ, 1998. – С. 203.
2. Медичне страхування в Європі // Охорона праці. – 2001. – №1. – С. 44.
3. Тіссен У., Луніна І., Вахненко Т. Реформування системи охорони здоров'я в Україні // Економіка. Фінанси. Право. – 2000. – №5. – С. 26